

AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DA ESCALA DE RELIGIOSIDADE DA DUKE (P-DUREL)

ASSESSMENT OF THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE PORTUGUESE VERSION OF THE DUKE UNIVERSITY RELIGIOSITY INDEX (P-DUREL)

EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN EN PORTUGUÉS DEL ÍNDICE DE RELIGIOSIDAD DE DUQUE (P-DUREL)

José Vitor da Silva ¹
Bruno Vilas Boas Dias ²

¹ Enfermeiro Gerontólogo. Pós-doutor. Professor. Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVAS, Curso de Enfermagem. Pouso Alegre, MG – Brasil; Faculdade Wenceslau Braz – FWB, Itajubá, MG – Brasil.

² Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Professor. Centro Universitário Padre Anchieta, Jundiá, SP – Brasil; Faculdade Campo Limpo Paulista. Campo Limpo Paulista, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Bruno Vilas Boas Dias. E-mail: bruno.dias@faccamp.br
Submetido em: 09/09/2016 Aprovado em: 12/07/2017

RESUMO

O objetivo foi avaliar características psicométricas da versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P- DUREL). A amostra foi de 600 pessoas de uma cidade sul-mineira. A confiabilidade foi verificada pela consistência interna e teste-reteste. A validade de critério concorrente foi averiguada pela correlação com o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. A validade de construto convergente analisada pela correlação da Escala de Medida de Sentimento de Religiosidade e discriminante foi testada comparando-se valores obtidos entre pessoas com doença crônica, uso de medicamentos, prática religiosa e faixas etárias. A análise fatorial foi interpretada pelo método de componentes principais. A DUREL teve alta consistência interna, houve concordância entre o teste e reteste; as validades de critério e construto foram confirmadas pelas correlações estatisticamente significativas. A análise fatorial confirmou que os fatores formados são semelhantes aos originais.

Palavras-chave: Estudos de Validação; Religião; Psicometria.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the psychometric properties of the Portuguese version of the Duke Religiosity Scale (P-DUREL). The sample consisted of 600 people from a city of Minas Gerais. Internal consistency and test-retest measures were used to check reliability. Concurrent criterion validity was investigated by correlation with the Ferrans and Powers Quality of Life Index. The convergent construct validity was analyzed by the correlation with the Religious Feeling Measurement Scale, and discriminant validity was tested by comparing the values obtained among people with chronic diseases, using medications, carrying out religious practices, and of different age groups. The factorial analysis was interpreted by the principal component method. The P-DUREL had high internal consistency as indicated by the agreement between the test and retest measures; the criterion and construct validity were confirmed by statistically significant correlations. The factorial analysis confirmed that the formed factors are similar to the original ones.

Keywords: Validation Study; Religion; Psychometric.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar las características psicométricas de la versión en portugués del Índice de Religiosidad de Duke (P- DUREL). La muestra estuvo constituida por 600 residentes de una ciudad del sur del Estado de Minas Gerais. La fiabilidad fue verificada por la consistencia interna y por la prueba re -prueba. La validez concurrente fue calculada por la correlación con el índice de calidad de vida de Ferrans y Powers. La validez de constructo convergente fue analizada por la correlación de la escala de medida de sentimiento de religiosidad; la validez discriminante fue probada comparando los valores obtenidos entre personas con enfermedad crónica, el uso de medicamentos, la práctica religiosa y las franjas etarias. El análisis factorial fue interpretado por la concordancia entre la prueba y la re-prueba; la validez de criterio y la validez de constructo fueron confirmadas por las correlaciones estadísticamente significativas. El análisis factorial confirmó que los factores formados son semejantes a los originales.

Palabras clave: Estudios de Validación; Religião; Psicometria.

Como citar este artigo:

Silva JV, Dias BVB. Avaliação das propriedades psicométricas da versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ _ ____];21:e-1012. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170022

INTRODUÇÃO

Embora durante séculos ciência e religiosidade tenham trilhado caminhos distintos e, diversas vezes, divergentes, as duas últimas décadas têm evidenciado nítida tendência de aproximação entre essas duas áreas do conhecimento humano.¹

Recentemente, a literatura científica tem explorado as implicações relacionadas à religião e à espiritualidade nas respostas tanto de saúde física como mental. Apesar dos resultados das pesquisas não serem unívocos, observa-se por meio de muitas evidências que a religiosidade e a espiritualidade podem melhorar o estado subjetivo de bem-estar, diminuir os níveis de depressão e angústia, reduzir a morbidade e a mortalidade, assim como ser possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças na população previamente sadia, eventual aumento de sobrevida e impacto sobre as diversas doenças.^{2,3} Estudos recentes demonstram que pessoas com mais religiosidade ou espiritualidade possuem melhor bem-estar geral, menor prevalência de depressão, menos abuso de drogas ilícitas ou lícitas, menor incidência de suicídio, melhor qualidade de vida, mais sobrevida e menos tempo de internação, entre outras relações.⁴ A espiritualidade e a religiosidade desenvolvem importantes papéis na vida psíquica das pessoas, podendo exercer tanto efeitos positivos como negativos.⁵

Estudos revelam alto nível de envolvimento religioso e tendência à religiosidade na população brasileira. Ela é uma característica marcante da população brasileira, pois 95% da população têm uma religião, 83% a consideram muito importante em suas vidas, cerca de 70% se dizem católicos, o interesse no estudo da religiosidade e das suas relações com saúde física e mental tem aumentado progressivamente, e 37% participam de um serviço religioso ao menos uma vez por semana.⁶⁻⁸ Especificamente nos momentos de comprometimentos graves da saúde, o paciente, em especial a pessoa idosa, manifesta grandes necessidades de assistência religiosa. Entretanto, é imprescindível que os profissionais da área de saúde tenham habilidade de comunicação e intervenções na área de religião e espiritualidade, pois a religiosidade pode ser usada como incremento da assistência à pessoa idosa.⁹

A espiritualidade e a religiosidade relacionadas à saúde têm se tornado paradigma a ser estabelecido e vivenciado na prática clínica do enfermeiro, que assim menciona: “a enfermeira não responde somente pelo que é material em sua atenção com o paciente, mas por um ser que tem vida e sofre no seu todo: corpo, mente e espírito”. A enfermagem envolve, na integralidade dos seus cuidados, a dimensão da religiosidade. Para evidenciar essa necessidade e importância, destaca-se a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), que, sendo uma organização de enfermagem desde 1982, busca validar e classificar diagnósticos de enfermagem na área da religiosidade, tais como: “disposição para a religiosidade melhorada”; “religiosidade prejudicada” e “risco de religiosidade prejudicada”.¹⁰

A religiosidade é entendida como o grau em que o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Abrange a dimensão organizacional, não organizacional e intrínseca. A organizacional está relacionada à participação pública em serviços religiosos realizados ou desenvolvidos nas igrejas ou templos. Já a não organizacional abarca as práticas de atividades religiosas fora da instituição religiosa. Refere-se à leitura da bíblia, rezar o terço, meditações religiosas e outras. A intrínseca refere-se a crenças, aspectos psicológicos da religião, conhecimentos e atitudes relacionadas à experiência religiosa.¹¹

O Índice de Religiosidade da Duke (DUREL) é uma escala de cinco itens, que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde e que são:¹²

- religiosidade organizacional (RO), que se refere ao item 1: frequência em encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração e outros);
- religiosidade não organizacional (RNO) está constituída pelo item 2: frequência de atividades religiosas privadas, por exemplo, em casa (tais como: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir a programas religiosos na TV ou rádio);
- religiosidade intrínseca (RI) está formada pelos itens 3 a 5: destina-se à busca de internalização ou da introspecção e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos.¹³

Em relação ao cálculo do escore do instrumento, recomenda-se que os três domínios individuais não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente. As opções de resposta dos três últimos itens estão em escala do tipo. Refere-se a um instrumento sucinto e de fácil aplicação.¹³

Essa escala teve a sua versão original traduzida para o Brasil por um grupo de pesquisadores.¹⁴ Posteriormente, foi validada por duas pesquisas distintas, sendo a primeira em uma amostra de baixa renda proveniente da comunidade da cidade de São Paulo¹⁵ e a segunda com estudantes universitários da área de saúde (Medicina e Psicologia) da Universidade Federal do Ceará e em um grupo de pacientes atendidos no ambulatório de Psiquiatria Geral do Hospital Universitário Walter Cantídio. Os resultados desses estudos demonstraram elevada consistência interna, bem como adequada validade discriminante e convergente.^{13,15}

Tendo-se em vista o que foi mencionado anteriormente e a crescente relevância do tema, urge a realização de mais estudos em nosso meio. No entanto, uma limitação ao desenvolvimento de mais pesquisas no Brasil é a relativa escassez de escalas de religiosidade que sejam curtas, simples, forneçam dados relevantes e mensurem diferentes dimensões da religiosidade, bem como construtos correlatos.¹³

Diante disso, os objetivos do presente estudo foram analisar a confiabilidade (estabilidade e consistência interna) e exa-

minar a validade de critério concorrente, assim como a validade de construto convergente e discriminante da versão em português da Duke *Religious Index* (P-DUREL) em pessoas residentes em cidade sul-mineira.

O presente estudo foi de abordagem quantitativa e do tipo metodológico. Os participantes foram pessoas tanto do gênero masculino quanto do feminino, a partir de 20 anos de idade e residentes em Itajubá-MG. A amostra definitiva foi de 600 pessoas, sendo 309 mulheres e 291 homens, distribuídos proporcionalmente quanto ao gênero, a partir do total de homens e mulheres residentes em Itajubá-MG. Os critérios estabelecidos para estipular o tamanho da amostra levaram em consideração que, quanto maior a amostra, mais representativa ela tende a ser; quanto maior a amostra, menor o erro de amostragem. Para o tamanho da amostra do reteste, como não há padrão na literatura, estabeleceram-se 90 reavaliações, que corresponderam a 15% da amostra inicial. A amostragem foi do tipo não probabilístico por quotas (gênero e faixa etária). Os participantes foram localizados nas praças públicas, locais de trabalho, igrejas, escolas e em outros diversos locais. Nesse momento, fazia-se o convite a eles e o agendamento da entrevista, mediante o aceite de participação. O período das entrevistas foi de março a outubro de 2010. Elas foram realizadas por um entrevistador devidamente capacitado e preparado não só para a aplicação dos instrumentos, mas também em relação à abordagem dos participantes e ao conhecimento do construto religiosidade. Houve cerca de 20 pessoas que, após o agendamento da entrevista, não foram localizadas.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: aceitar participar do estudo, ser capaz de se comunicar verbalmente e não portar desordens cognitivas, assim como residir em Itajubá-MG.

Quanto aos procedimentos de coleta de dados, as entrevistas foram agendadas previamente, por contato pessoal ou por telefone. Elas foram realizadas nos mais diversos bairros da cidade e, especificamente, no domicílio dos participantes. A técnica de coleta de dados foi por entrevista estruturada direta.

A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá-MG, sob o protocolo nº 266/2009.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. caracterização pessoal, familiar, social, econômica e de saúde: destina-se à obtenção de dados relacionados a gênero, idade, estado civil, escolaridade, prática religiosa, trabalho, salário, informações sobre saúde e doença, entre outros. As perguntas desse instrumento: "quantos anos o(a) senhor(a) tem?"; "o(a) senhor(a) pratica alguma religião?"; "o(a) senhor(a) é portador(a) de alguma doença crônica?" e "o(a) senhor(a) toma remédio?" foram utilizadas para a avaliação da validação discriminante;

2. versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL);
3. índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers: foi desenvolvido por enfermeiras norte-americanas¹⁶ e inclui duas partes: a primeira mede a satisfação com vários domínios e a segunda a importância atribuída pelos voluntários a cada um desses domínios. Cada uma das partes está constituída por 33 itens, que refletem quatro domínios (subescalas): saúde/funcionamento (13 itens), socioeconômico (oito itens), psicológico/espiritual (sete itens) e família (cinco itens). Foi adaptado e validado para a cultura brasileira.^{17,18} Nesse estudo foi utilizado para a validade de critério do tipo concorrente e aplicado em todos os participantes;
4. escala de medida de sentimento de religiosidade: essa escala foi construída por autores norte-americanos¹⁹ e validada para a cultura brasileira.¹³ Sua forma final é composta de 15 itens. Essa escala foi utilizada, nesta pesquisa, para a validade de construto convergente e foi aplicada em toda a amostra.

A validade de construto do tipo discriminante foi testada por meio da comparação dos valores obtidos no domínio RI em relação a doença crônica, uso de medicamentos, prática religiosa e faixas etárias.

Neste trabalho foram utilizados os seguintes procedimentos estatísticos: da estatística descritiva – frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e de dispersão. Da estatística inferencial: o alfa de Cronbach, para avaliar a consistência interna das escalas; índice de Kappa, para analisar o teste-reteste (item a item); *t*-Student, para comparação entre as variáveis sociodemográficas e domínio RI, assim como para o teste-teteste; coeficiente de correlação linear de Pearson, para avaliação do teste-reteste, validade de critério concorrente e de construto convergente; coeficiente de correlação intraclassa, para analisar o teste-reteste (nível de concordância); para análise da validade discriminante (idade), foi utilizado o teste ANOVA com ajuste Brown-Forsythe, quando a suposição de homogeneidade das variâncias não foi verificada; análise fatorial, para verificar a possibilidade de reduzir os fatores da DUREL. O nível de significância adotado foi <5%.

RESULTADOS

A análise da confiabilidade é evidenciada em dois momentos distintos. No primeiro, registra-se a consistência interna da escala total (cinco itens) e do domínio religiosidade intrínseca (RI: três itens). No segundo momento, apresenta-se a estabilidade da escala (teste-reteste).

Para a obtenção da consistência interna, utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach, obtendo-se os seguintes resultados: escala total (cinco itens) = 0,74; domínio RI (três itens) = 0,74.

Tabela 1 - Teste-reteste item a item da P-DUREL. Itajubá – MG, 2010 (n=90)

Itens	Índice de Kappa	p. valor	Respostas idênticas
1. Frequência na igreja, templo ou encontro religioso	0,68	< 0,001*	74,40%
2. Frequência de atividades religiosas individuais	0,38	< 0,001*	54,30%
3. Sentimento da presença de Deus	–	–	70,00%
4. Crenças religiosas por trás da maneira de viver	0,36	< 0,001*	56,60%
5. Esforço para viver a religião	0,36	< 0,001*	55,50%

*Estatisticamente significante (p < 0,05).

Os resultados do teste e reteste referentes à correlação linear e à avaliação da homogeneidade foram os seguintes: coeficiente de correlação de Pearson = 0,82 e coeficiente de correlação intraclasse = 0,82.

Os três fatores extraídos explicam, ao todo, 81,13% da variância total.

Inicialmente verificou-se a possibilidade de reduzir a dimensionalidade dos cinco itens, agrupando os itens mais correlacionados em fatores (domínios) comuns. Para tal, foi realizada a análise fatorial exploratória a partir do método de extração de componentes principais e um critério de rotação varimax. O critério de seleção do número de fatores foi o total de variância explicada (autovalor), de forma que a variância fosse acima de 70%. Assim, foram extraídos três fatores que explicam ao todo 81,13% da variância total (com dois fatores o percentual de explicação é de 69%). Foi utilizado, também, o teste de Kaiser (KMO) para avaliar a adequação do modelo. O teste apresentou valor igual a 0,80, indicando alta adequação da amostra à análise fatorial realizada.

DISCUSSÃO

Ao analisar a consistência interna da versão em Português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL), tanto a geral (alfa de Cronbach = 0,74), quanto a do domínio RI (alfa de Cronbach = 0,74), observou-se que os seus valores foram altos. Isso significa que todos os itens do construto religiosidade estão correspondendo à sua medida, ou seja, todos eles o integram, fazem parte dele. Foi realizado estudo com 458 pacientes médicos nos Estados Unidos e encontrou-se alfa de Cronbach = 0,75.²⁰ Os achados desse estudo também foram similares ao de outro estudo brasileiro de validação de P-DU-

REL, que utilizou amostra de 383 pessoas residentes em uma região de baixa renda de São Paulo (alfa de Cronbach de 0,73 para a escala total e de 0,75 para o domínio RI).¹⁵ Em outro estudo realizado também para a validação brasileira da escala de religiosidade da DUKE (DUREL), os coeficientes alfa de Cronbach revelaram os seguintes resultados: amostra 1 (estudantes universitários: Medicina e Psicologia) $\alpha = 0,89$; amostra 2 (pacientes de ambulatório psiquiátrico) $\alpha = 0,87$. Para a subescala intrínseca, encontraram-se resultados similares para a amostra 1 ($\alpha = 0,87$) e a amostra 2, o valor $\alpha = 0,81$.¹³

Na avaliação item a item foi realizada a análise Kappa, com exceção do item: “em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”, devido ao fato de no reteste não ter havido qualquer resposta “em geral não é verdade”. Para os demais itens houve concordância entre o teste e reteste. Os valores do Índice de Kappa foram moderados para os diversos itens (0,30 e 0,39), porém houve diferença estatisticamente significativa.

Ao analisar os outros procedimentos estatísticos utilizados neste estudo, para análise da estabilidade, detectou-se na comparação entre as médias, por meio do t de Student (Tabela 2), que houve diferença estatisticamente significativa entre os resultados. Porém, os demais dados indicam alta concordância entre o teste e reteste. Com o objetivo de avaliar a confiabilidade foi desenvolvido por Storch *et al.*²¹ um estudo no qual a amostra foi composta de 20 estudantes universitários dos Estados Unidos e, destes, 55% eram do gênero feminino e a média de idade correspondeu a 24,7 anos (DP=5). Os resultados confirmaram a estabilidade da escala (teste-reteste) mediante coeficiente de correlação intraclasse = 0,91. O estudo de Taunay *et al.*¹³ Em relação ao teste-reteste, apresentou os seguintes resultados: na amostra 1, os coeficientes de correlação intraclasse para o escore final de cada dimensão da P-DUREL foram: RO (0,97); RNO (0,91); e RI (0,96). A confiabilidade teste-reteste foi igualmente adequada na amostra 2. Os coeficientes de correlação intraclasse para cada domínio do P-DUREL apresentaram os seguintes achados: RO (0,94); RNO (0,90) e RI (0,92).

Neste estudo, o “Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers” (IQVFP) foi selecionado para a realização da validade concorrente pelo fato de a religiosidade estar habitualmente relacionada a medidas de qualidade de vida. Foi efetuada a correlação do domínio RI da P-DUREL, por meio do coeficiente de correlação de Pearson, com o IQVFP. Detectou-se que todas as correlações foram negativas porque a pontuação na versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL) indica que, quanto menor a sua pontuação, maior a religiosidade intrínseca dos integrantes do estudo.^{14,22}

Tabela 2 - Teste-reteste da P-DUREL (RI) por comparação entre as médias. Itajubá-MG, 2010 (n=90)

Procedimentos	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	p-valor t-Student
Teste	5,00	5,00	2,70	3,00	15,00	0,013*
Reteste	5,50	4,00	2,50	3,00	15,00	

* Estatisticamente significante (p < 0,05).

Tabela 3 - Validade de critério concorrente entre P-DUREL (RI) e o Índice de Qualidade de Vida total e seus domínios. Itajubá-MG, 2010 (n=600)

Variáveis	DUREL (Domínio RI) r - Pearson	p = Valor
Índice de QV (total)	-0,26	<0,001*
Saúde e funcionamento	- 0,21	<0,001*
Aspecto socioeconômico	-0,20	<0,001*
Aspecto psicológico-espiritual	-0,28	<0,001*
Família	-0,22	<0,001*

*Estatisticamente significativa (p<0,05).

Tabela 4 -Validade de construto convergente do domínio RI da P-DUREL com a Escala de Medida de Sentimento de Religiosidade. Itajubá-MG, 2010 (n=600)

Variável	Sentimento de Religiosidade r - Pearson p = valor	
DUREL (Domínio RI)	-0,43	<0,001*

*Estatisticamente significativa (p<0,05).

As correlações da P-DUREL com o IQVFP foram fracas, mas consistentes, indicando haver correlação, mas não sobreposição entre os construtos medidos. Essa ocorrência caracteriza validação concorrente.

Em estudo realizado nos Estados Unidos também por Storch *et al.*²³ sobre a avaliação dos aspectos psicométricos da Duke,

a validade concorrente foi realizada por meio da correlação da Duke com a Santa Clara *Strength of Religious Faith Questionnaire – Short Form* (SCSRF-SF). O Índice de Correlação de Pearson apresentou, nessa correlação: r = 0,86 e p<0,001.

Efetuiu-se a validação de construto do tipo convergente mediante a avaliação da “Escala para Medida de Sentimento de Religiosidade”. Para tanto, procedeu-se à correlação dessa escala por meio do índice de correlação de Pearson, com o fator RI da versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). A correlação obtida foi moderada e negativa, porém com alta significância estatística, o que indica concordância entre ambas as variáveis e, conseqüentemente, a evidência de validação convergente.

Foi avaliada nos Estados Unidos a religiosidade em 104 pacientes portadores de câncer (mieloma múltiplo), que recebiam tratamento em um programa de transplante de medula óssea e também de 175 mulheres sob tratamento ginecológico. A consistência interna por meio do alfa de Cronbach alcançou, em cada uma daquelas amostras, valores de 0,94 e 0,87, respectivamente. A validade convergente da Duke foi efetuada por meio de sua correlação com diversas escalas. Considerando os pacientes com câncer e da ginecologia, analisados separadamente, foram encontradas correlações mais altas entre a *The Intrinsic Religious Motivation Scale* (IRMS) com a Duke total (0,79 e 0,81, respectivamente) e com a dimensão RI da Duke (0,84 e 0,81, respectivamente). Em todas essas correlações o valor de p foi <0,001.²⁴

Tabela 5 - Validade de construto discriminante do domínio RI da P-DUREL em relação a doença crônica, uso de medicamento e prática de religião. Itajubá-MG, 2010 (n=598)

Domínio RI (3 a 15 pontos)	Portador de doença crônica			Tomar remédio			Praticar alguma religião		
	Sim	Não	p- valor t-Student	Sim	Não	p- valor t-Student	Sim	Não	p-valor t-Student
Frequência absoluta	190	407	<0,001*	229	368	<0,001*	543	55	<0,001*
Média	4,36	5,04		4,40	5,09		4,55	7,56	
Mediana	4,00	4,00		4,00	4,50		4,00	7,00	
Desvio-Padrão	1,91	2,39		2,00	2,38		1,93	3,35	
Valor mínimo	3,00	3,00		3,00	3,00		3,00	3,00	
Valor máximo	15,00	15,00		15,00	15,00		15,00	15,00	

* Estatisticamente significativa (p< 0,05).

Tabela 6 - Validade de construto discriminante do domínio RI da P-DUREL em relação à idade. Itajubá-MG, 2010 (n=600)

P- DUREL (3 a 15 pontos)	Idade								p-valor Anova
	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos ou mais		
N	154	126	120	94	55	33	18	<0,001* (BF) [†]	
Média	5,72	5,04	4,76	4,23	3,95	4,03	3,39		
Mediana	5,00	5,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00		
Desvio-padrão	2,65	2,33	2,03	1,93	1,61	1,45	0,85		
V. mínimo	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00		
V. máximo	15,00	15,00	11,00	15,00	10,00	9,00	6,00		

* Estatisticamente significativa (p< 0,05); [†] Ajustes de Brown-Forsythe.

Tabela 7 - Análise fatorial do Índice de Religiosidade da Duke (P-DUREL). Itajubá-MG, 2010 (n=600)

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	0,18	0,89	0,25
2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, etc.?	0,20	0,25	0,92
3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).	0,79	-0,07	0,34
4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	0,81	0,27	0,09
5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	0,73	0,45	0,07

Para realizar a validação discriminante, que permite a distinção entre os integrantes da amostra, entre os quais se espera obter diferença, comparou-se a versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL), por meio do domínio RI, com as seguintes variáveis: prática religiosa, doença crônica, uso de remédios e faixa etária.

Em relação à prática religiosa, pessoas que não praticavam a religião, em média, tinham menor RI em relação às pessoas que a praticavam. Ao referir-se à doença crônica, notou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre pessoas com e sem doença crônica. Os resultados evidenciaram que as pessoas portadoras de doença crônica apresentaram, em média, melhor RI do que aquelas sem doença crônica. No que diz respeito ao uso de remédios, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre pessoas que tomavam ou não remédios. Os dados mostraram que as pessoas que não faziam uso de medicamentos tinham, em média, menor RI do que aqueles com uso de remédio. Quanto à faixa etária, pode-se observar que as pessoas mais idosas apresentaram melhor nível de religiosidade intrínseca, ou seja, melhor nível de religiosidade, quando comparadas com as demais. Esses dados sugerem adequada validade discriminante para a P-DUREL.

No estudo de Taunay *et al.*¹³ ressaltaram-se correlações fracas, porém significativas, entre sintomas depressivos em RNO e RI, apenas na amostra 1, referente a estudantes universitários. Esses dados sugerem adequada validade discriminante para a P-DUREL.

No âmbito da pesquisa de saúde coletiva, foi investigada a adequação do uso do instrumento DUKE *Religious Index* (DUREL) ao avaliar as capacidades psicométricas do instrumento quando aplicado a uma população representativa de usuários dos serviços de atenção primária à saúde de um município de porte médio do interior do estado de São Paulo, encontrou-se adequada validade convergente-discriminante.

No presente estudo, foi realizada também a análise fatorial de componentes principais, que teve o intuito de verificar a

possibilidade de se reduzir a dimensionalidade dos dados, agrupando-se os itens mais correlacionados em fatores (domínios). De acordo com os resultados obtidos, inferiu-se que os fatores formados pela análise fatorial são semelhantes aos originais.

Em pesquisa no qual foram avaliadas duas amostras de estudantes universitários dos Estados Unidos, compondo a primeira de 628 e a segunda de 243 participantes, foram realizados dois tipos de análise fatorial, sendo a primeira denominada exploratória e a segunda, confirmatória. Na análise fatorial exploratória, encontrou-se que o *Scree plot clearly* obteve 76,24% de variância. Com essa análise fatorial, a Escala da Duke formou cinco fatores. Já na análise fatorial exploratória, utilizando-se a equação *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) obtiveram-se três fatores, que constituíram definitivamente a escala atual. Foi utilizado também o teste Kaiser (KMO) para avaliar se o modelo era adequado, com valor de 0,86.²³

Em estudo de revisão, que menciona a DUREL e suas propriedades psicométricas, referentes aos trabalhos já realizados com ela, foram evidenciados os seguintes resultados: a escala total apresentou confiabilidade, por meio do teste-reteste, bastante elevada (correlação intraclassa = 0,91); altas consistências internas (alfa de Cronbach = 0,78 a 0,91); alta validade convergente com outras medidas de religiosidade ($r=0,71$ a 0,86). A estrutura fatorial já foi demonstrada e confirmada, separadamente, em outros estudos realizados. Esse instrumento já foi utilizado em mais de 100 publicações e se encontra disponível em 10 idiomas.¹²

A presente investigação teve a limitação de se ater às pessoas residentes em uma cidade do sul de Minas Gerais. Recomenda-se investigar as propriedades psicométricas em outras realidades e com outras diversificações religiosas, pois a amostra deste estudo não representa a totalidade da população brasileira, em todos os seus aspectos. Entretanto, é importante salientar que, além desta investigação, já foram realizadas outras duas validações dessa escala, assim como uma pesquisa de investigação das propriedades psicométricas da Duke *Religious Index* no âmbito da pesquisa em Saúde Coletiva (respectivamente). E nelas as amostras com seus respectivos integrantes foram: 383 adultos com baixa renda, residentes na periferia de São Paulo; 436 participantes distribuídos em duas subamostras: 323 estudantes universitários (135 estudantes do curso de Psicologia e 188 do curso de Medicina) e 113 pacientes atendidos em ambulatório de Psiquiatria Geral, na cidade de Fortaleza, Ceará. No estudo realizado em Ribeirão Preto, o tamanho amostral foi de 605 moradores de Ribeirão Preto-SP, usuários de unidades de saúde do município. Os resultados obtidos nessa investigação sugerem que o uso da P-DUREL não é restrito à pessoa em saúde mental e que sua utilização pode trazer novas perspectivas para o entendimento de eventos de interesse relacionado à saúde coletiva.

Pode-se, mediante essas informações, deduzir que a P-DUREL foi validada em três estados diferentes e com resultados

muito semelhantes, inclusive na área de saúde coletiva, residentes em cidade e periferia de São Paulo, o que pode garantir a sua confiabilidade e a validade.

CONCLUSÕES

A P-DUREL abarca dimensões representativas do construto que pretende medir, com itens formulados de forma curta, simples e compreensível. Ela se mostrou confiável e válida em sua versão portuguesa (P-DUREL) com características satisfatórias do ponto de vista de confiabilidade quanto à consistência interna e estabilidade (teste e reteste), assim como de validade de critério concorrente e validade de construto convergente e discriminante. Este é o terceiro estudo de validação da P-DUREL em população brasileira. Estas informações permitem recomendá-la para a mensuração do conceito de religiosidade no meio brasileiro.

A presente escala tem potencial para assumir papel preponderante no estudo da religiosidade no Brasil. Deve ser utilizada em contextos de pesquisa, em situações clínicas e, especificamente, no processo cuidativo de enfermagem. Trata-se de um instrumento auxiliar de diagnóstico e cuidado, envolvendo os profissionais da área de saúde, em extensão multiprofissional e interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro MCP. Influência da religiosidade na qualidade de vida de pacientes com transtorno afetivo bipolar. *Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd Santa Casa de São Paulo*. 2012[citado em 2016 dez. 26];57(1):19-24. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/04-Artigo%20Original%2033.pdf>
2. Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2008[citado em 2016 nov. 10];5(24):173-7. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008_Yeda_Religiosidade_SCol.pdf
3. Carr TJ. Facing existential realities: exploring barriers and challenges to spiritual nursing care. *Qual Health Res*. 2010[citado em 2016 nov. 10];20(10):1379-92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20530402>
4. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Spirituality in clinical practice: what should the general practitioner know? *Rev Bras Clin Med*. 2010[citado em 2016 nov. 10];8(2):154-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf>
5. Citero VA, Andreoli SB, Martins LAN, Lourenço MT. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatria*. 2002[citado em 2016 dez. 26];34(4):15-22. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial07.htm>
6. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiq Clín*. 2010[citado em 2016 dez. 26];37(1):12-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832010000100003&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Dalgalarondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev Psiq Clín*. 2007[citado em 2016 dez. 26];34(Supl 1):25-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000700005&script=sci_abstract&tlng=pt
8. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Rev Psiq Clín*. 2007[citado em 2016 dez. 26];34(Supl 1):58-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700017
9. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2015[citado em 2016 dez. 26];49(5):49-55. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005416.pdf
10. North American Nursing Diagnosis (NANDA). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA- 2015/2017*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
11. Koenig HG. *Spirituality and Health Research: methods, measures statistics, and resources*. Philadelphia: Templeton Press, 2011.
12. Koenig HG, Bussing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five – item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010[citado em 2016 dez. 26];1(1):78-85. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/78>
13. Taunay TCDE, Gondim FAA, Macêdo DS, Almeida AM, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiq Clín*. 2012[citado em 2016 dez. 26];39(4):130-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n4/03.pdf>
14. Moreira-Almeida A, Mário FP, Flávio A, Francisco LN, Harold KG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiq Clín*. 2008[citado em 2016 dez. 26];35(1):31-2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100006
15. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2012[citado em 2016 nov. 10];51(2):579-86. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107911>
16. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health*. 1992[citado em 2016 nov. 10];15:29-38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1579648>
17. Kimura M. Tradução para o português e validação do Quality of Life Index de Ferrans e Powers [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
18. Machado RCBR. Validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
19. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Am Psychol*. 2003[citado em 2016 nov. 10];58(1):64-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674819>
20. Koenig HG, Parkerson G R, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. 1997[citado em 2016 nov. 10];154(6):885-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167530>
21. Storch EA, Roberti JW, Heidgerken AD, Storch JB, Lewin AB, Killiany EM, et al. The Duke Religion Index: a psychometric investigation. *Pastoral Psychol*. 2004[citado em 2016 nov. 10];53(2):175-81. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/B:PASP.0000046828.94211.53>
22. Koenig HG, McCullough M, Larson DBB. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press; 2001.
23. Storch EA, Strawser MS, Storch J. Two-week test-retest reliability of the Duke Religion Index. *Psychol Rep*. 2004[citado em 2016 nov. 10];94(3):993-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15217062>
24. Sherman AC, Plante TG, Simonton S, Adams DC, Harbison C, Burreis SK. A multidimensional measures of religion involvement for cancer patients: the Duke Religion Index. *Support Care Cancer*. 2000[citado em 2016 nov. 10];8(2):102-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10739356>